

**ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ФИБРОЗНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ  
И СТЕПЕНИ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ  
КИСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЮПЮИТРЕНА**

*Дейкало В.П.<sup>1</sup>, Толстик А.Н.<sup>1</sup>, Тувакклычев А.Э.<sup>2</sup>*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

*УЗ «Бобруйская городская больница № 1»<sup>2</sup>*

В структуре госпитализированных в ортопедо-травматологические отделения по поводу заболеваний кисти, пациенты с болезнью Дюпюитрена составляют 55,7%, а инвалидность ежегодно возникает в 0,06 случаях на 100 тысяч жителей [1]. Прогрессирующее вовлечение в патологический процесс структур ладонной и пальцевой фасции определяет клиническую картину болезни, влияя на выбор метода хирургической коррекции [3,5]. Наиболее распространенной методикой оперативного вмешательства остается иссечение всего

ладонного апоневроза, без учета локализации, наличия и характера изменений фасции и связочного аппарата пальцев кисти, степени и стадии заболевания, возможных осложнений. При этом процент рецидивов по данным различных авторов составляет от 26 до 80% [2,5]. В результате неадекватного подхода к выбору метода и планирования хирургического вмешательства, не подвергшиеся иссечению измененные структуры пальцевой фасции приводят к формированию стойких, порой не обратимых смешанных контрактур проксимального (ПМФС) и дистального (ДМФС) межфаланговых суставов, дальнейшему развитию патологических изменений и формированию рецидива, что негативно влияет на последующую реабилитацию и прогноз данного контингента больных. В свою очередь, излишняя радикальность вмешательства в силу высокой травматичности приводит к увеличению числа осложнений, таких как послеоперационная гематома, повреждение нервов кисти, некрозу кожных лоскутов, симпатической дистрофии с выраженной послеоперационной ригидностью заинтересованных суставов пальцев. Операции по поводу рецидивов заболевания чреваты техническими трудностями, а период реабилитации таких пациентов имеет длительное течение.

Цель работы: определить тактику медицинской реабилитации в зависимости от стадии фиброзной гиперплазии и степени сгибательных контрактур пальцев кисти при болезни Дюпюитрена

Материал и методы. В процессе работы были использованы результаты реабилитации 95 пациентов, лечившихся в областном, городских и межрайонных травматолого-ортопедических отделениях Витебской области по поводу первичных изменений ладонно-пальцевой фасции и 10 пациентов, оперированных в связи с развитием рецидива сгибательных контрактур в промежутке времени от 1 до 5 лет после первичной операции. Отдаленные результаты лечения этих пациентов оценивали исходя из данных клинического обследования и анкетирования пациентов спустя три и более лет после операции, которая заключалась в иссечении ладонного апоневроза, вне зависимости от степени заболевания, локализации патологических изменений и возраста пациента. В основу определения степени сгибательных контрактур была положена классификация Iselin и Dieckmann [6].

Результаты работы. Показаниями к операции служат прогрессирующие сгибательные контрактуры пястно-фалангового и проксимального межфалангового суставов [3,4,5]. Такие контрактуры развиваются в конце инволюционной и на протяжении всей

резидуальной стадии фиброзной гиперплазии. Сгибательная контрактура пястно-фалангового сустава практически всегда хорошо устраняется в процессе вмешательства. Поэтому, не прогрессирующие контрактуры ПФС до 30 градусов, мало нарушающие функцию кисти редко служат абсолютным показанием к оперативному вмешательству [3,5]. Контрактура ПФС от 30 градусов, особенно в сочетании с контрактурой ПМФС является показанием к операции. Поскольку основной проблемой лечения является стойкая контрактура ПМФС, любая ее степень должна рассматриваться в качестве показания к операции [5]. Чем дольше существовала контрактура ПМФС, тем меньше вероятность успешного и полного ее устранения при помощи вмешательств лишь на фасциальном компоненте из-за присоединения вторичных контрактур суставов, дефицита и изменений кожи. Закрытие послеоперационной раны в этих условиях без элементов кожной пластики ведет к возвращению сгибательной установки в суставах и потере коррекции. По этой причине операция должна предприниматься прежде, чем контрактура ПМФС достигнет 30 градусов.

На выбор тактики реабилитации влияют следующие условия: степень контрактуры, трофический статус и изменения кожи ладони, наличия или отсутствия костных деформаций, возраста, психического (способность выполнять программу послеоперационной реабилитации) и соматического статуса пациента. Перед вмешательством, особое внимание уделяют кожным покровам кисти. При необходимости (наличие трещин, мацерации, выраженной ригидности суставов) выполняют подготовку области по общепринятой методике с назначением физиотерапевтических процедур.

В случае преобладания контрактуры ПФС у пожилых и соматически ослабленных пациентов следует предпочесть пункционную ладонную фасциотомию или локальную ладонную фасциэктомию. Эти вмешательства являются малотравматичными и хорошо переносятся пациентами, однако носят паллиативный характер, не в полной мере устраняют контрактуру пястно-фалангового сустава (ПФС), не влияют на деформацию ПМФС и ДМФС, практически в 100% случаев приводя к рецидиву контрактуры. В послеоперационном периоде целесообразно назначение программы ранней пассивно-активной мобилизации пальцев. В случаях резко выраженного болевого синдрома в начальной (пролиферативной) стадии заболевания некоторые авторы рекомендуют выполнение локальной фасциэтомии. Влияние данного

вмешательства на дальнейшее течение патологического процесса авторами расценивается неоднозначно и нами не исследовалось.

При наличии контрактуры ПМФС наилучшие результаты достигаются выполнением региональной (частичной) фасциэктомии с обязательным вмешательством на измененных структурах пальцев. Такое вмешательство имеет больший объем, однако, при условии соблюдения техники выполнения обеспечивает наилучшую коррекцию деформации, минимизирует развитие послеоперационных осложнений и вероятность рецидива. При вмешательстве на ладони и более чем на 2 пальцах считаем необходимым дополнение вмешательства активным дренированием с введением в послеоперационном периоде нестероидных противовоспалительных препаратов, облегчающих выполнение программы ранней пассивно-активной мобилизации.

В случае наличия вторичных изменений, связанных с длительностью существования контрактуры, методика частичной фасциэктомии должна выполняться с элементами кожной пластики (доступ с использованием Z-образной местной пластики) и быть дополнена капсулотомией с фиксацией ПМФС спицами или корригирующей остеотомией основной фаланги (смешанная контрактура ПМФС), вмешательством на разгибательном аппарате (при гиперэкстензии ногтевой фаланги).

В случае длительно существовавших контрактур, контрактур IV степени и контрактур с выраженными изменениями кожи следует предпочесть дермофасциэктомию с кожной пластикой полнослойным кожным трансплантатом.

Выводы: Дифференцированный подход в реабилитации пациентов с фиброзной гиперплазией структур ладонно-пальцевой фасции, позволит значительно улучшить результаты лечения в раннем послеоперационном и отдаленном периодах.

#### Литература

1. Дейкало В.П. Клинико-статистические аспекты травм, последствий повреждений и заболеваний кисти: Дис.... канд. мед. наук. –Витебск, 1990. - 180 с.
2. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. - М., 1978 - С 142-147
3. Calandruccio J. H. Dupuytren Contracture // Campbell's Operative Orthopaedics. Ninth edition by S. Terry Canale. - Vol. 4. – Part XV. - 1999. - Chap. 76.
4. Frank P.L. An update on Dupuytren's contracture // Hosp. Med - 2001.0-Vol. 62. - №11. - P. 678-681.
5. Hurst L.C. Dupuytren's Disease // Hand Surgery Update 1996. - Chapter 26 - P. 271-279
6. Iselin et Dieckmann Notre experience du traitement de la mabadie de Dupuytren // Acad. Chir. – 1951. - № 8-9. - P 251-255.